

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY
w projekcie „Twój Asystent IV_Małopolska”
realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety
w ramach konkursu „ Siła możliwości”

| Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie (Proszę uzupełnić wszystkie pola czytelnie drukowanymi literami lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X”) | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Dane osobowe | Imię/Imiona | |
| | Nazwisko | |
| | PESEL | |
| | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| Adres zamieszkania | Województwo | |
| | Ulica | |
| | Numer domu | |
| | Numer lokalu | |
| | Miejscowość | |
| | Kod pocztowy | |
| Dane kontaktowe | Telefon kontaktowy | |
| | Adres (e-mail) | |
| | Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) | |
| Orzeczenie o niepełnosprawności ważne do dnia: | | |
| Stopień i symbol przyczyny niepełnosprawności | Znaczny , symbol..... | <input type="checkbox"/> |
| | Umiarkowany, symbol | <input type="checkbox"/> |
| Przyczyna | Naruszenie sprawności fizycznej | <input type="checkbox"/> |



| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| niepełnosprawności | Naruszenie sprawności psychicznej | <input type="checkbox"/> |
| | Naruszenie sprawności intelektualnej | <input type="checkbox"/> |
| | Naruszenie sprawności zmysłów | <input type="checkbox"/> |
| | Inna (proszę wskazać jaka) | <input type="checkbox"/> |
| Wykształcenie | niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> | |
| | podstawowe <input type="checkbox"/> | |
| | gimnazjalne <input type="checkbox"/> | |
| | zawodowe <input type="checkbox"/> | |
| | średnie <input type="checkbox"/> | |
| | policealne <input type="checkbox"/> | |
| | wyższe <input type="checkbox"/> | |
| Status na rynku pracy | Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> | |
| | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> | |
| | Osoba poszukująca pracy zatrudniona <input type="checkbox"/> | |
| | Osoba poszukująca pracy niezatrudniona <input type="checkbox"/> | |
| | Osoba nieaktywna zawodowo <input type="checkbox"/> | |
| | Osoba zatrudniona w ZAZ <input type="checkbox"/> | |
| | Osoba zatrudniona w ZPCH <input type="checkbox"/> | |
| | Osoba zatrudniona na otwartym rynku pracy <input type="checkbox"/> | |
| Uczestnictwo w Warsztatach terapii zajęciowej/ ŚDS/inne placówki wsparcia dziennego | TAK (proszę wskazać nazwę placówki) | <input type="checkbox"/> |
| | NIE | <input type="checkbox"/> |
| | ABSOLWENT WTZ | <input type="checkbox"/> |

Oświadczam, że:

- nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON w ramach kierunku pomocy 2 tj. *Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych, Typ projektu 4: Wsparcie realizowane poza placówką* (w szczególności: szkolenia, kursy, warsztaty, grupowe i indywidualne zajęcia, usługi wspierające).
- zakres wsparcia, z którego zamierzam skorzystać w ramach projektu nie powiela się z działaniami podejmowanymi na moją rzecz w wyżej wskazanej placówce, realizowanymi zgodnie z: indywidualnym programem rehabilitacji i terapii / indywidualnym planem postępowania wspierająco-aktywizującego / innym planem/programem wsparcia opracowanym zgodnie z obowiązującymi przepisami (*o ile dotyczy*)
- wszystkie wyżej podane dane są zgodne z prawdą i zostałem pouczone/zostałam pouczone o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- zamieszkuję na terenie województwa małopolskiego pod wyżej wskazanym adresem.

Data i czytelny podpis Kandydata/-tki lub
opiekuna prawnego/faktycznego

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA
w projekcie „Twój Asystent IV_Małopolska”
realizowanego przez Fundację Onkologiczną Rakiety
w ramach konkursu "Siła możliwości"**

Ja, niżej podpisany/podpisana

| | |
|-----------------------------------|-------|
| PESEL (lub data urodzenia) | |
|-----------------------------------|-------|

Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.

Oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.

2. Dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym, w tym wszystkie udzielone informacje, są zgodne z prawdą.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że mogę brać udział w kilku projektach realizowanych równocześnie, pod warunkiem osiągnięcia w każdym z nich **odmiennych efektów wsparcia**.

4. Zapoznałem/-am się z postanowieniami **Regulaminu** uczestnictwa w projekcie "Twój Asystent IV_Małopolska" i akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do ich bezwzględnego przestrzegania.

5. Zapoznałem/-am się z postanowieniami Polityki Ochrony Danych Osobowych Organizatora oraz została mi przedstawiona Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych Organizatora zawarta w załączniku nr 3.

6. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora.

7. Zostałem/-am poinformowany/-a o **współfinansowaniu projektu** "Twój Asystent IV_Małopolska" realizowanego w ramach konkursu "Siła możliwości" **ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**.

Miejscowość i data

Podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego/faktycznego

Załącznik nr 3 do Regulaminu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

przez Fundację Onkologiczną Rakiety oraz PFRON w ramach projektu „Twój Asystent IV_Małopolska”

W związku z przystąpieniem do projektu „**Twój Asystent IV_Małopolska**” zwanym dalej „Projektem”, **wyrażam zgodę** na przetwarzanie swoich danych osobowych oraz szczególnych kategorii danych osobowych zawartych w dokumentach rekrutacyjnych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, c oraz art. 9 ust 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

.....
Podpis - Imię i nazwisko uczestnika projektu

**Oświadczenie Uczestnika Projektu
„Twój Asystent IV_Małopolska”
(wynikające z obowiązku informacyjnego w związku z art.13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego Rady (UE) 2016/679)**

przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON), z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 13, 00-828,
oraz
- 2) Fundacja Onkologiczna Rakiety z siedzibą 02-791 Warszawa, ul. Stryjeńskich 19 lok.U21/21A, tel. 22 299 29 28, e-mail: biuro@fundacjarakiety.pl

zwani łącznie Administratorami
- 3) Administratorzy prowadzą operacje przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- 4) Pan/Pani dane osobowe mogą zostać powierzone:
 - podmiotom działającym na zlecenie Fundacja Onkologiczna Rakiety w związku z realizacją Projektu, na podstawie udzielonego upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zawartego w umowie o świadczenie danych usług,
 - podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratorów,
 - podmiotom/organom publicznym uprawnionym do uzyskania danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np.; sądom, organom ścigania, instytucjom państwowym, gdy wystąpią z żądaniem i w oparciu o stosowną podstawę prawną.
- 5) Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 6) W przypadku przetwarzania danych osobowych przez PFRON spełnione są przesłanki wynikające z art. 6 ust.1 lit. b, c i e RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. B, c, g RODO – dlatego nie jest konieczne uzyskanie przez PFRON (jako administratora danych osobowych) zgody na przetwarzanie danych osobowych od Uczestników projektu. PFRON i Fundacja Onkologiczna Rakiety przetwarzają dane osobowe ww. osób w celu monitorowania i kontroli prawidłowości realizacji projektu, audyty i sprawozdawczości z realizacji projektu oraz działań informacyjno-promocyjnych oraz do celów sprawozdawczych i ewaluacyjnych realizowanych przez PFRON i Fundacja Onkologiczna Rakiety.
- 7) Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
- 8) Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. a i c Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE)2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

Projekt pt. „Twój Asystent IV_Małopolska” realizowany jest w ramach konkursu „Siła możliwości” współfinansowanego ze środków PFRON

- 9) Posiada Pani/Pan prawo do:
- żądania od Administratorów dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych PFRON wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@pfron.org.pl lub listownie na adres: al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa,
 - skontaktowania się z Inspektorem Ochrony Danych Fundacji Onkologicznej Rakiety wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@fundacjarakiety.pl lub na adres 02-791 Warszawa, ul. Stryjeńskich 19 lok.U21/21A
 - wniesienia sprzeciwu wobec takiej go przetwarzania,
 - przenoszenia danych,
 - wniesienia skargi do organu nadzorczego,
 - cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie podlegają zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.
- 11) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 7 lat.

Miejscowość i data

Podpis Kandydatka/-tki lub opiekuna
Prawnego/faktycznego

OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z TYCH SAMYCH USŁUG FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, niniejszym oświadczam, że:

1. Na dzień składania dokumentów zgłoszeniowych do projektu pn. „**Twój Asystent IV_Małopolska**” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) w ramach konkursu „Siła możliwości ” **nie biorę udziału w żadnym projekcie, programie ani zadaniu finansowanym ze środków publicznych, w ramach którego świadczone są usługi asystencji osobistej dla osób z niepełnosprawnościami**
2. Jestem świadomy/a, że w trakcie uczestnictwa w niniejszym projekcie nie mogę jednocześnie korzystać z usług asystencji osobistej w innym projekcie, programie lub zadaniu finansowanym ze środków publicznych, że nie jest możliwe podwójne finansowanie tej samej usługi z różnych programów lub źródeł środków publicznych.
3. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora projektu o każdej zmianie mojej sytuacji, która mogłaby wpłynąć na prawo do uczestnictwa w projekcie

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis Beneficjenta lub Opiekuna prawnego)